



S. R.  
 MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
 EXÉRCITO PORTUGUÊS

U/E/O \_\_\_\_\_  
**PRESTAÇÕES ENCARGOS FAMILIARES**

<b>REQUERIMENTO PARA ATRIBUIÇÃO DE</b>	<b>Subsídio por frequência de estabelecimento de ensino especial</b>
--	--

**Importante:**

- O direito às Prestações por Encargos Familiares depende do valor do património mobiliário do seu agregado familiar não ser superior a 101.116,80 EUR.
- As falsas declarações sobre a composição do agregado familiar e respetivos rendimentos determinam a inibição do acesso ao direito às prestações sociais acima referidas, durante um período de 24 meses.

**1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE <sup>(1)</sup>**

Nome completo \_\_\_\_\_

Posto/Categoria \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Militar (NIM) \_\_\_\_\_  
ano mês dia

N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Relação do requerente com a criança / jovem \_\_\_\_\_

Este subsídio foi requerido pela mesma criança ou jovem a outra instituição?  Sim  Não

Família Monoparental  Sim  Não

**(1)** Encarregado de educação ou outra pessoa que tenha a criança / jovem com deficiência a cargo.

**2 ELEMENTOS RELATIVOS À CRIANÇA / JOVEM COM DEFICIÊNCIA**

Nome completo \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_\_ N.º de Identificação de Segurança Social \_\_\_\_\_  
ano mês dia

**Tipo de apoio**

Apoio individual por técnico especializado      Frequência de Creche ou jardim de infância

Estabelecimento particular ou cooperativo de ensino regular <sup>(2)</sup>

Frequência de estabelecimento de educação especial <sup>(3)</sup>, na modalidade de:      Internato      Externato      Semi-internato

**Identificação do acompanhamento da criança/jovem pela Equipa Local de Intervenção(ELI)/Estabelecimento de ensino**

A criança com idade compreendida entre os 0 e 6 anos está a ter acompanhamento no âmbito do Sistema Nacional de Intervenção Precoce?  Sim  Não      Se respondeu Sim, indique qual a ELI \_\_\_\_\_

Se a criança / jovem está matriculado em estabelecimento de ensino indique:

Agrupamento de Escolas \_\_\_\_\_

Nome do estabelecimento de ensino \_\_\_\_\_

Morada do estabelecimento de ensino \_\_\_\_\_

(2) Utilizar no caso de a criança/jovem ter frequentado o ensino especial e não ter transitado para estabelecimento público de ensino.  
 (3) Só são considerados os estabelecimentos de ensino especial reconhecidos pelo Ministério da Educação.

**3 ELEMENTOS DO TÉCNICO QUE PRESTA APOIO INDIVIDUAL ESPECIALIZADO**

Nome completo \_\_\_\_\_

N.º da cédula profissional \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Nome da Entidade \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Nome completo \_\_\_\_\_

N.º da cédula profissional \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

Nome da Entidade \_\_\_\_\_ N.º de Identificação Fiscal \_\_\_\_\_

4 COMPOSIÇÃO DO AGREGADO FAMILIAR <sup>(3)</sup>			
N.º ordem	Nome		Relação familiar <sup>(4)</sup>
	N.º Ident. Segurança Social	N.º Ident. Fiscal	Data Nascimento (ano mês dia)
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Indique o n.º de crianças/jovens com deficiência seu no agregado familiar para as quais requereu este subsídio neste ano letivo

<sup>(3)</sup> Todos os campos são de preenchimento obrigatório.  
<sup>(4)</sup> Exemplo: Cônjuge, pai, mãe, filho, avó, genro, nora, irmão, etc.

A preencher se houver elementos do agregado familiar a residir e/ou a trabalhar fora do território nacional <sup>(5)</sup>

N.º ordem	Designação do País de residência	Designação do País de trabalho
1		
2		
3		
4		
5		
6		

5 RENDIMENTOS DO AGREGADO FAMILIAR				
Rendimentos anuais ílquidos do ano anterior ao da apresentação do requerimento				
N.º ordem <sup>(6)</sup>	Valor dos rendimentos do trabalho			Valor das pensões de alimentos
	Por conta de outrem	Independente		
		Vendas	Serviços	
1				
2				
3				
4				
5				
6				

N.º ordem <sup>(6)</sup>	Valor das prestações pagas por outras entidades <sup>(7)</sup>		Valor prestações pagas Fundo Garantia Alimentos Menores	Valor dos apoios à habitação	
	Pensões <sup>(8)</sup>	Prest. Sociais <sup>(9)</sup>		Subsídios de Rendas Casa	Subsídios de Residência
1					
2					
3					
4					
5					
6					

<sup>(6)</sup> Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no quadro 4.  
<sup>(7)</sup> Indicar valor de subsídio para atividades ocupacionais de interesse social no âmbito de programas na área do emprego.  
<sup>(8)</sup> Incluir prestações da Caixa de Previdência, Caixa Geral de Aposentações, PT, GALP, Banco Santander Totta, EPAL, EDP, Sindicato dos Bancários, fundos de pensões, instituições bancárias, seguradoras, organismos estrangeiros.  
<sup>(9)</sup> Não incluir prestações por encargos familiares e prestações no domínio da deficiência ou da dependência.

## 6 VALOR DO PATRIMÓNIO MOBILIÁRIO DO AGREGADO FAMILIAR EM 31 DE DEZEMBRO DO ANO ANTERIOR AO DA APRESENTAÇÃO DO REQUERIMENTO

N.º ordem (10)	Valor dos depósitos em contas bancárias	Valor das ações	Valor das obrigações	Valor dos certificados de aforro	Valor de títulos e unidades de participações inst. coletivas	Valor de outros ativos financeiros
1						
2						
3						
4						
5						
6						

(10) Número de ordem pelo qual o membro do agregado familiar foi referenciado no quadro 4.

## 7 HABITAÇÃO SOCIAL DO REQUERENTE

Reside numa casa de habitação social?  Sim  Não

## 8 DESPESAS COM A HABITAÇÃO PERMANENTE DO REQUERENTE

O valor anual das despesas com a habitação própria permanente é de \_\_\_\_\_ euros.

## 9 DESPESAS COM CRECHE/ESTABELECIMENTO ENSINO/APOIO INDIVIDUALIZADO

O valor anual das despesas com a creche ou jardim de infância/estabelecimento ensino/apoio individual é de \_\_\_\_\_ euros.

## 10 CERTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

**Declaro** que as informações prestadas correspondem à verdade e não omitem qualquer informação relevante.

**Comprometo-me** a apresentar os meios de prova que forem considerados necessários à atribuição e/ou manutenção da prestação requerida.

**Comprometo-me** a, em qualquer momento e quando solicitada, visando a comprovação das declarações relativas ao valor do património mobiliário, nos termos do disposto no n.º 1 do artigo 14.º do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, entregar declaração de autorização aos serviços competentes do Exército, para solicitarem ao Banco de Portugal a indicação das entidades bancárias ou financeiras onde tenho conta e a obter das respetivas entidades toda a informação patrimonial relevante, relativa a saldos de contas à ordem, a prazo ou de outros valores mobiliários de que seja titular ou cotitular ou a apresentar, em alternativa, os documentos bancários relevantes que vierem a ser exigidos pelo Exército. Este compromisso é, igualmente, válido para as declarações que sejam necessárias apresentar pelos restantes membros do meu agregado familiar.

**Autorizo** ainda os serviços competentes da Exército a proceder à troca de informação, estritamente necessária, com os serviços do Ministério da Educação e do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, para efeitos da confirmação da possibilidade daqueles serviços prestarem o apoio prescrito.

**Autorizo** os serviços competentes do Exército a obterem, diretamente, das restantes entidades detentoras da informação relevante para a verificação da condição de recursos, todas as informações que sejam consideradas necessárias à comprovação das declarações de rendimentos aqui prestadas.

Todos os termos aqui atestados por mim, manifestados de forma livre, específica e inequívoca, são feitos no âmbito e para os efeitos decorrentes do Decreto-Lei n.º 70/2010, de 16 de junho, alterado pela Lei n.º 15/2011, de 3 de maio e pelo Decreto-Lei n.º 133/2012, de 27 de junho que estabelece as regras para a determinação da condição de recursos a ter em conta na atribuição e manutenção das prestações de encargos familiares, caducando tais termos com o indeferimento do requerimento ou com o término da atribuição da prestação, não podendo os mesmos ser revogados sem o consentimento expresso dos serviços competentes do Exército, sob pena da suspensão do procedimento de atribuição ou do pagamento das prestações em curso, com a respetiva perda do direito às Prestações Sociais.

\_\_\_\_\_  
ano      mês      dia

(Assinatura conforme documento de identificação civil válido)



S. R.  
 MINISTÉRIO DA DEFESA NACIONAL  
 EXÉRCITO PORTUGUÊS

## CERTIFICADO MÉDICO

### 1 ELEMENTOS RELATIVOS AO REQUERENTE

Nome completo \_\_\_\_\_  
 Posto/Categoria \_\_\_\_\_  
 N.º de Identificação Militar (NIM) \_\_\_\_\_

### 2 CERTIFICADO MÉDICO (a preencher pelo médico)

Nome completo do médico \_\_\_\_\_,  
 portador da Cédula Profissional n.º \_\_\_\_\_ emitida pela Ordem dos Médicos, declara que,  
 no exercício da sua atividade profissional, observou \_\_\_\_\_ cuja  
 identidade confirmou, tendo verificado que o mesmo é, desde \_\_\_\_\_, portador da deficiência, motivada por  
 redução \_\_\_\_\_ de capacidade: Física Motora Orgânica Sensorial Intelectual  
 permanente  
 não permanente

que determina o seguinte quadro clínico:

**Caraterização da deficiência** (designadamente identificação da deficiência, natureza, evolução e seus efeitos):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Tipo de apoio de que necessita:**

Creche ou Jardim de Infância

Estabelecimento de Educação Especial

Estabelecimento Particular ou Cooperativo de Ensino Regular

Apoio Individual por Técnico Especializado

N.º de sessões \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) Periodicidade das sessões \_\_\_\_\_

**Caraterização do apoio** (designadamente identificação, condições que deve ser prestado e respetiva fundamentação):

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

A informação clínica que fundamenta o presente certificado está devidamente anotada e guardada em

(Identificação do ficheiro clínico)

\_\_\_\_\_  
 ano mês dia

Assinatura do médico